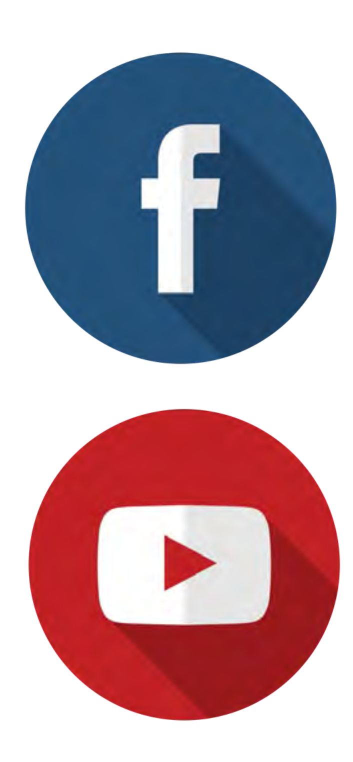
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







FISSURE ANALE

Pr M. SENGOUGA
Service de Chirurgie Générale B
HCA Dr Md Seghir Nekkache

I. GENARALITES-DEFINITION :

- **Définition** : la fissure anale (FA) est une ulcération superficielle de l'anoderme distal, partie sous valvulaire du canal anal.
- **Intérêt de la question** :
  - ✓ 2ème affection proctologique, sur le plan de la fréquence, après les hémorroïdes et la cause majeure des douleurs anales ;
  - ✓ Affecte les deux sexes à l'âge adulte [30 – 50 ans] avec prédominance féminine ;
  - ✓ Cliniquement se caractérise par un syndrome douloureux anal rythmé en trois temps par la défécation ;
  - ✓ Elle est le plus souvent unique et commissurale postérieure dans 85 % des cas.
  - ✓ Son traitement est le plus souvent chirurgical.

II. ETIOPATHOGENIE :

A) **Classification :** La fissure anale est considérée comme :

1. **Aigue :** lorsqu'elle est récente (moins de six semaines) ;
2. **Chronique : s**i plus ancienne (plus de six semaines).

B) **Pathogénie :** Trois facteurs participent à l'apparition d'une FA :

1. **Facteur mécanique :** le passage d'une selle dure et volumineuse entraine une déchirure de l'anoderme ;
2. **Facteur sphinctérien :** l'hypertonie réflexe et permanente du sphincter interne (SI) [pression moyenne de repos élevée et diminution de la fréquence des relaxations phasiques) ;
3. **Facteur vasculaire :** la pauvreté de la vascularisation au niveau de l'anoderme (commissure postérieur++), et la contracture du SI entrave le processus de réépithélialisation de la FA.

III. ANATOMIE-PATHOLOGIE : on distingue 04 stades :

1. **L'anus préfissuraire :** Multiples fissurations radiés très superficielles ;
2. **La FA jeune :** Déchirure muqueuse à berges fines et à fond rosé, étendue du rebord anocutané à la ligne pectinée en position commissurale, *fig. n°2*;

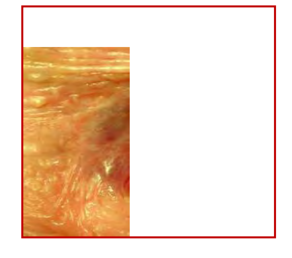


Figure 2 : Aspect FA jeune.

3. **La FA chronique ou ancienne :** les bords sont surélevés et scléreux, son fond creusant met à nu les fibres blanchâtres transversales du SI, son extrémité supérieur peut être surmontée d'une papille hypertrophique, sa base inferieure est souvent prolongée par une marisque *fig. n°3*.

Figure 3 : aspect FA chronique.

4. **La FA infectée :** il peut se créer un abcès sous fissuraire puis inter sphinctérien, *fig. n°4*.



Figure 4 : aspect FA infectée.

IV. ETUDE CLINIQUE :

A) Forme typique : la triade classique *du syndrome fissuraire* :

1. **Douleur fissuraire** : se caractérisées par son rythme à 3 temps :
   - ✓ douleur très intense déclenchée par l'exonération ;
   - ✓ suivie d'une rémission transitoire de quelques minutes
   - ✓ Reprise de la douleur qui persiste plusieurs heures
2. **Contracture sphinctérienne :** plus moins intense, déclenchée ou exacerbée par la traction des plis radiés.

3. **Ulcération anale :** c'est une ulceration superficielle, selon l'aspect des bords et du fond, on distingue 02 types :
   - ✓ **Fissure jeune :** elle apparait comme ulceration triangulaire a base externe à bords nets fins et fond rouge lisse strié verticalement ;
   - ✓ **Fissure chronique (> 6 semaines) ou « vieillie » :** bords épais, scléreux, décollés et fonds blanchâtre, strié transversalement ;

B) Formes cliniques :

1. **FA de l'enfant :** souvent suite a une constipation est révélée par un saignement anal ;
2. **FA du vieillard (rare) :** réalise une ulceration atone sana contracture. Elle impose d'éliminer un carcinome épidermoïde par des biopsies ;
3. **FA infectée :** c'est le stade compliqué de la FA. , l'infection peut être :
   - ✓ **Superficielle :** se manifeste par un suintement responsable d'un prurit ;
   - ✓ **Profonde :** avec constitution d'un trajet fistuleux sous fissuraire, voire d'un abcès.
4. **Etat pré fissuraire :** c'est fragilité de la muqueuse anale qui peut guérir ou évoluer vers une véritable FA.
5. **Cas particulier de la grossesse et du post partum** : la fissure anale est généralement liée à la constipation et à l'imprégnation hormonale qui ne favorisent pas la cicatrisation (augmentation du cortisol). Il n'y a généralement pas d'hypertonie anale.

V. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES : En cas de rectorragies, la présence d'une fissure ne doit pas empêcher le dépistage endoscopique des lésions colorectales, en particulier les polypes et les cancers.

VI. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : toute fissure indolore d'aspect atypique ou d'autres sièges commissurale (6 h et 12 h) doit faire évoquer un diagnostic différentiel, *tableau 1*:

– ulcération de la maladie de Crohn
– ulcération tumorale (carcinome épidermoïde, etc.)
– ulcération d'hémopathies malignes (leucémie, lymphome, histiocytose X, etc.)
– ulcération infectieuse (syphilis, chlamydiase, infection par Herpès simplex virus, cytomégalovirose, tuberculose, mycobactérioses atypiques, amibiase, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine, etc.)
– ulcération dermatologique spécifique (lichens, eczéma, pemphigus, pemphigoïde bulleuse, etc.)
– ulcération traumatique
– ulcération iatrogène (après radiothérapie ou administration de certains suppositoires)
– ulcération de maladies de système (maladie de Behçet, maladie de Wegener, etc.)
– ulcération pathomimique

Tableau 1 : Principaux diagnostics différentiels de la FA

VII. TRAITEMENT :

A) Buts :

1) Supprimer la douleur fissuraire ;
2) Favoriser la cicatrisation ;
3) Eviter la récidive.

B) Méthodes :

1) Traitement médical :

- **TM non spécifique :** Envisagé en première intension. Ils associent les éléments suivants :
  - ✓ **Une régularisation du transit intestinal (RTI) :** pour faciliter l'exonération et favoriser la cicatrisation, par :
    - **Les mesures hygiènodiététiques** : dont les principales sont :
      - Alimentation riche en fibre ;
      - Suppression des épices, des boissons alcoolisées ;
      - Toilette après chaque selle à l'eau fraiche en évitant les essuyages intempestifs.
    - **Laxatifs osmotiques, mucilages ;**
    - **Repos.**
  - ✓ **Lutte contre la douleur et la contracture par un traitement oral associé à des topiques locaux :**

- **trt oral :** Antalgiques ou anti-inflammatoires (aspirine, paracétamol),
- **topiques locaux et suppositoires:** l'application intra-canalaire de gel, à visée anesthésique (Gel de xylocaine) ou visée cicatrisante (Madecasol ®).

➢ **TM spécifique (TMS) «sphincterolyse chimique» :**

✓ **Injections sclérosantes :** injection sous-fissuraire d'une solution de quinine-urée à 5 %, mais le risque d'abcédation sous fissuraire est important ;

✓ **Dérivés nitrés :** l'application locale d'une pommade de glycéril-trinitrate à 0,2 %, entraine une chute rapide de la pression anale de base avec une augmentation du flux sanguin local. Les effets secondaires sont fréquents (céphalées, brulure locale, hypotension orthostatique) et le taux de récidive est de 62 % à 29 mois. ;

✓ **Inhibiteurs calciques (Nifédipine, Diltazem) :** les effets secondaires étant moins fréquents qu'avec les dérivés nitrés ;

✓ **Toxine botulinique de type A :** une injection unique entrainerait une diminution de l'HS et une cicatrisation de la FA dans plus des deux tiers des cas.

2) **Traitement chirurgicale** : Sous couverture d'une antibiothérapie per opératoire (1 g de métronidazole IVL). Il repose sur deux principes pouvant être associés : diminuer le tonus du sphincter et procéder à l'exérèse de la FA.

a) **La fissurectomie :** Elle consiste à réséquer la fissure et ses annexes (Marisque, papille hypertrophique) permettant l'analyse histologique et remplaçant une plaie de mauvaise qualité qui ne cicatrise pas par une plaie qui cicatrisera.

b) **La sphinctérotomie :** La sphinctérotomie latérale interne (ouverte ou fermée) **(1951)** : 02 types :

- Sphinctérotomie partielle dans le lit de la FA ;

- Sphinctérotomie partielle à distance de la fissure *fig. n°5* (Parks, 1967).

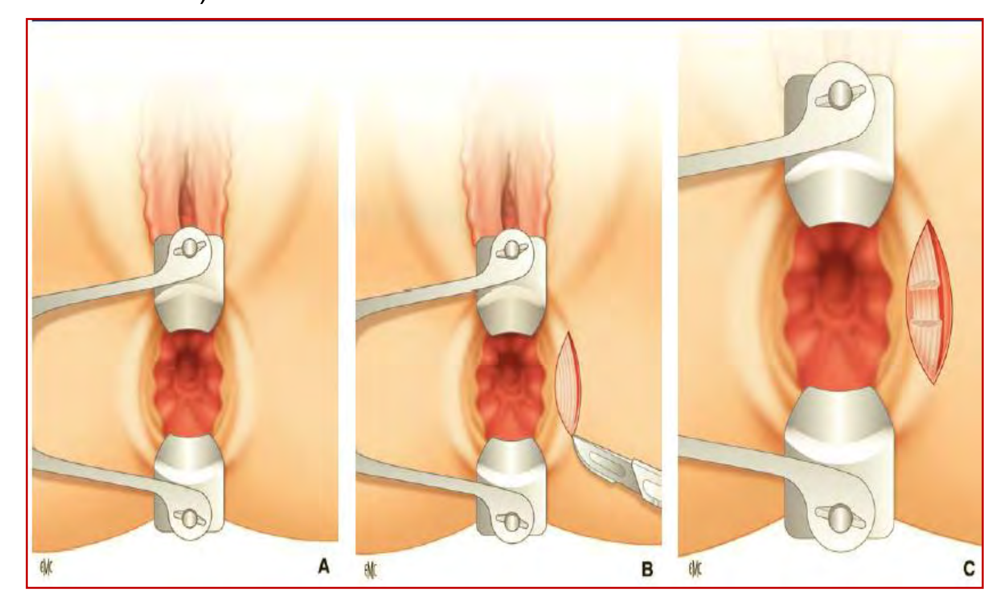


Figure 5 : Sphinctérotomie latérale interne.

A : Mise en place de l'écarteur de Parks ;

B : Incision ano-cutanée latérale gauche ;

C : Section du SI jusqu'à la ligne pectinée.

✓ **Dilatation anale (1838) :** Elle expose à un risque important d'échec et d'incontinence anale séquellaire. Actuellement abandonnée ;

✓ **Fissurectomie associée ou non à une sphinctérotomie :** La léiomyotomie postérieure avec fissurectomie et anoplastie (décrite par Arnous, Parnaud et Denis en 1968), *fig. n°6*.

Figure 6 : Fissurectomie avec sphinctérotomie et anoplastie

A : Découpe d'un lambeau cutanéo-muqueux ;

B : Dissection d'un lambeau muqueux sus pectinéale ;

C : l'anoplastie.

C) Indications thérapeutiques : Elles varient en fonction du stade d'évolution de la fissure :

1. **FA jeune :**
   - ✓ Envisagé en première intention un traitement médical, car il permet de guérir plus de la moitie des états pré fissuraire et les fissures jeunes ou chez les malades refusant l'intervention chirurgicale ;

     NB : Injections sclérosantes : s'applique surtout aux fissures fraiches hyperalgiques ;
   - ✓ En cas d'échec après quelques semaines, le traitement chirurgical est de mise.
2. **FA chronique scléreuse (vieillie) et/ou infectée :** sphinctérotomie postérieur associée à une fissurectomie et à une anoplastie » ;
3. **Situations a risques:** une fissurectomie sans sphinctérotomie avec ou sans anoplastie.

D) Résultats :

1. **Dérivés nitrés**
   - ✓ Cicatrisation 30 à 50% après 4 – 8 semaines ;
   - ✓ Récidive: jusqu'à 60%.
2. **Toxine botulique**
   - ✓ Cicatrisation variable: 40 – 96% ;

- ✓ Récidive: jusqu'à 30%.

3. **Sphinctérotomie avec ou sans fissurectomie**
   - ✓ Cicatrisation: 90 à 100% ;
   - ✓ Récidive : 1 à 7% ;
   - ✓ Incontinence irréversible variable (10-15%).

VIII. ALGORITHME DECISIONNEL : *fig. n°5.*

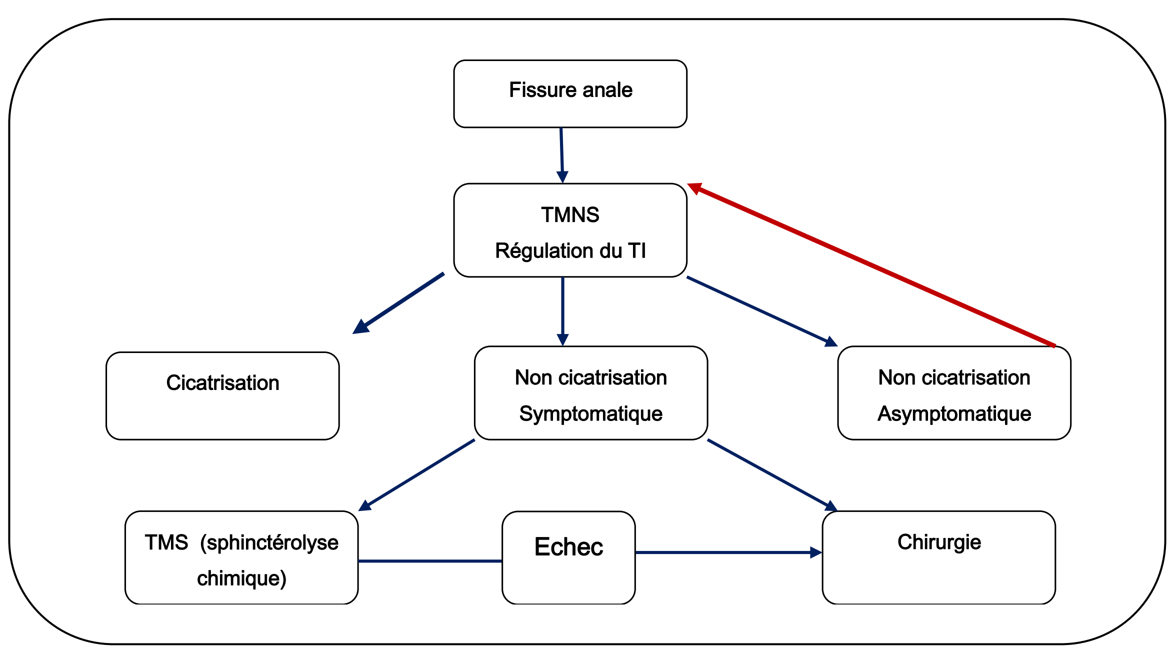


Figure 5 : CAT devant une fissure anale.

IX. CONCLUSION :

- ✓ Pathologie fréquente ;
- ✓ Son mécanisme physiopathologique incrimine principalement, deux facteurs: une hypertonie du sphincter anal interne et une diminution de la vascularisation de l'anoderme dans le lit de la fissure ;
- ✓ Sémiologie typique caractérise par des manifestations douloureuses post défécatoires vives et durables, rythme à 3 temps ;
- ✓ En cas d'atypie pensé aux diagnostics différentiels (néoplasie du canal anal, MICI) ;
- ✓ Le traitement de la FA a la phase aigue est essentiellement médical
- ✓ Recours à la chirurgie en cas d'échec au traitement médical et/ou de FA chronique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. **V. Sébille, L. Siproudhis, E. Bellissant.** Traitement de la fissure anale chronique par injection de toxine botulique. La Lettre du Pharmacologue (mars 2001) ; 4 : 54-58- Volume 15 - N° 3 ;
2. **O. Monneuse, X. Barth.** Traitement chirurgical des fissures anales. EMC, TC-Appareil digestif (2011), 40-700 ;
3. **G. Leséche.** Fissure anale. IMPACT-INTERNAT (mars 1992) ; 5 :103-107 ;
4. **N. Lemarchand, K. Fellous.** Pathologie anale : hémorroïdes, fissure anale et suppurations. EMC, urgences (2010) ; 24-060-A-10 ;
5. **T. Higuero.** Mise au point sur la prise en charge des fissures anales. Journal de Chirurgie Viscérale (2015) **152**, S35—S42 ;
6. **K. Slim, L. Siproudhis.** Fissure anale. Quel traitement de première intention ? Annales de chirurgie 129 (2004), 290-292 ;
7. **J-L. FAUCHERON.** La fissure anale (273b). Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble (Mars 2005) ; 1/5 ; http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/;
8. **V. de Parades, F. Daniel, P. Atienza.** La fissure anale. Cahier FMC (synthese), Gastroenterol Clin Biol 2007 ; 31 :985-992 ;
9. AA. Ayantunde, SA. Debrah. Current concepts in anal fissures. World J Surg 2006 ; 30 :2246-60 ;
10. **RD. Madoff, JW. Fleshman.** AGA technical review on the diagnosis and care of with anal fissure. Gastroenterology, 2003; 124:235-45.